



Prof. Dr. M.A.J. Romme

Wat is Sociale Psychiatrie

In de psychiatrie hebben altijd verschillende benaderingswijzen van geestelijke gezondheidsproblemen naast elkaar bestaan. Bij een integratie van zorg van de klinische en ambulante zorg is het van belang dit naast elkaar bestaan op elkaar af te stemmen en de benaderingswijze duidelijk te omschrijven en toegankelijk te maken voor patiënten in de verschillende zorgvormen.

Integratie zonder reductie

In de sociale psychiatrie wordt ziekte gezien als de uitdrukking van het onvermogen in onze samenleving adequaat te functioneren. De symptomen van het ziek zijn worden opgevat als persoonlijke reacties waarmee uitdrukking wordt gegeven aan de problemen in de omgang met anderen en maatschappelijke structuren (eisen, trauma's, idealen etc.)

Men wordt patiënt omdat de persoonlijke reactie c.q. de vreemde gedragingen en belevingen zodanig van aard zijn dat het functioneren belemmerd wordt en daarom hulp gevraagd wordt. Daarom neemt de sociale psychiatrie de klacht als uitgangspunt en verbindt deze met de levensgeschiedenis en ervaring.

In de klinische psychiatrie worden de symptomen van het ziek zijn opgevat als de uiting van de ziekte zelf en als zodanig benoemd door naamgeving aan het ziektebeeld. De oorzaak wordt gezocht in het functioneren van de hersenen. Doordat de klinische psychiatrie ziekte-eenheden maakt van gedrags- en belevingspatronen van mensen zoals dat in het bijzonder het geval is bij psychosen, bijv. het construct schizofrenie, gaat de aandacht voor de functionaliteit van gedrags- en belevingspatronen verloren, dat wil zeggen, de betekenis ervan in de persoonlijke ervaringsgeschiedenis raakt uit de aandacht.

Deze laatste aspecten van het ziek zijn vindt de sociale psychiatrie juist essentieel. Ziekte kan n.l. ook opgevat worden als het onvermogen van iemand in onze samenleving te functioneren. Omdat te kunnen waarnemen en begrijpen moet de hulpverlener zich wel verplaatsen in de levenssituatie van zijn patiënt.

De beschrijving van de gedragingen en belevenissen van psychiatrische patiënten wordt in de klinische psychiatrie nauwkeurig verricht waardoor het mogelijk is bepaalde gedragingen en beleving als ziekteverschijnselen te identificeren en ze daarmee uit de morele sfeer te halen en ook een handleiding te bieden voor het onderscheid ziek – gezond. De zwakke plek echter vormt het samenbundelen van de verschijnselen tot ziektebeelden en deze te zien als de veroorzakers van de verschijnselen. Dit heeft geleid tot een reductionistisch behandelbeleid.

De reductionistische kijk op symptomen is begonnen op initiatief van Kreapelin en deze lijn van denken is voortgezet in de DSM. De DSM berust eveneens op het idee dat door

ordering van de symptomen tot zinvolle diagnoses gekomen kan worden. De achterliggende gedachte is dat de oorzaak van de gedragingen van mensen geen reactie is op meegemaakte gebeurtenissen, sociale verhoudingen of machteloos makende sociale structuren, maar het gevolg is van afwijkingen in de hersenen. Zelfs al volgt men het stress-vulnerabiliteits model bij de diagnose schizofrenie, dan wordt de vulnerabiliteit in de biologie gezocht en niet in de levensgeschiedenis noch in de sociale positie en verhoudingen.

De DSM is niet opgesteld op grond van onderzoek bij grote groepen patiënten noch op grond van bevolkingsonderzoek. Het is samengesteld op grond van mening van een grote groep psychiaters, die in de Krapelin traditie zijn opgeleid. Het gaat hierbij om de overtuiging op basis van een theorie, maar niet om kennis vanuit de ervaringen van patiënten. De traditionele kijk heeft als keerzijde dat de effectiviteit om patiënten te helpen bij het oplossen van hun sociale problemen ernstig gehinderd wordt. Ondanks het feit dat wetenschappelijk herhaaldelijk is aangetoond dat de constructies van de ziektebeelden geen wetenschappelijke validiteit bezitten, houdt men aan dit diagnose systeem vast.

Vraagt men psychiaters waarom, dan is vaak het antwoord dat men geen goed alternatief heeft. Dit geldt met name voor de psychosen. Er is echter wel een alternatief. De traditionele psychiatrie doet n.l. medisch gezien bij de psychose iets vreemds. Ze onderzoekt niet, zoals in de medische wereld gebruikelijk is de ontstaanswijze van een klacht, maar ze verbindt de klachten direct aan de diagnoses. De geavanceerde sociale psychiatrie neemt ook bij de psychosen de klachten als uitgangspunt.

Als men zoekt naar de sociale achtergrond van de schizofrenie als complex van gedragingen en belevingen dan vindt men niets. Gaat men echter na hoe een klacht als bijv. stemmen horen ontstaat dan zien we dat het begin van deze klacht samengaat met machteloos makende gebeurtenissen of dat de inhoud van wat de stemmen zeggen duidt op ervaren problemen in de levensgeschiedenis zoals traumata, onhaalbare idealen, identiteitsproblemen, belastende sociale verhoudingen etc. Als men de geschiedenis van de klachten volgt, dat ziet men dat hetzelfde onvermogen om het oorspronkelijke probleem te accepteren of op te lossen het ook onmogelijk maakt een omgangsvorm met de stemmen te vinden. Er ontstaat angst voor de stemmen en deze worden als almachtig ervaren. Dit leidt tot inadequate reacties zoals bijv. sociale isolatie, controle rituelen, uitzonderlijke overtuigingen (wanen) etc..

Wil men in een klinische setting ook sociaal psychiatrisch werken dan moet men de ziektebeelden herleiden naar hun samenstellende symptomen en daaruit de klachten selecteren waarmee de uitzonderlijke gedragingen en belevingen zijn begonnen. De klachten analyseert men dan op hun relatie met de levensgeschiedenis, de sociale positionering en de sociale verhoudingen waarin de patiënt leeft. Vervolgens gaat men na hoe de klachten onderling samenhangen. Zodoende krijgt de hulpverlening zicht op de achterliggende problemen en de inadequate manier van omgang met het eerste symptoom bijv. de stemmen.

Wanneer ook op deze manier bij psychose klachten worden geanalyseerd ontstaat de mogelijkheid hulp te verlenen voor de achterliggende sociale problemen, d.w.z. alle sociaal verpleegkundige strategieën toe te passen. Men doet dat niet voor de patiënt maar onderneemt een gezamenlijke zoektocht, waarin de patiënt vooral gestimuleerd wordt zijn eigen mogelijkheden en verantwoordelijkheden op te pakken.

In de sociaal psychiatrische verpleegkunde moet men zich niet laten vangen door de klinisch psychiatrische constructen. Men moet zich evenmin laten vangen in individualiserende psychologische structuren wanneer daarin alle belevingen en gedragingen louter als individueel gedrag worden beschouwd.

Sociaal psychiatrische verpleegkunde erkent de kracht van de sociale invloeden en erkent ook de onmogelijkheid voor individuen daarin op eigen kracht verandering aan te brengen (zie sociale homeostase van Querido 1956). Sociaal psychiatrische verpleegkunde is een boeiend maar lastig vak, omdat men over veelzijdige kennis moet beschikken en zich niet moet laten leiden door reductionistische opvattingen van een grote groep derden. De mens is een sociaal wezen en ontdekt zichzelf in zijn interactie

met zijn omgeving. Dat te herstellen is de opdracht van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige.

Prof. Dr. M.A.J. Romme